

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
دانشکده پزشکی

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی (یا پایان نامه دوره دکترای حرفه ای پزشکی):

بررسی مقایسه ای دو داروی لیدوکائین و پتدین در بی حسی اسپاینال، در ایجاد احتباس ادراری پس از جراحی آنورکتال

دانشجو

میترا پژمان

استاد راهنما

دکتر عبدالرضا نجفی انارکی - استادیار گروه بیهوشی

استاد مشاور

دکتر حمیدرضا علیزاده اطاقور - استادیار گروه جراحی

استاد مشاور آمار

دکتر کامران میرزایی - استادیار گروه پزشکی اجتماعی

این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی بوشهر اجرا گردیده است.

اردیبهشت ماه ۱۳۹۱

تقدیم به مادرم...

برای تمام دلسوزی هایش،

مادی که سادگی و صبوری را از وی آموختم،

مادی که گذشت و بزرگواریش را سر لوحه نشتم کرد،

او که محبت را در وجودم به ودیعه نهاد

تا درمندان را دریابم...

تا زمانی که خورشید بر می آید و امدار مهر مادریش، مستم...

تقدیم به پدرم...

که بادستان قدرتمندش همیشه حامی شانه هایم در محطه های دشواری
بوده است...

تقدیم به برادر عزیزم...

که همیشه گرمای حضورش را در قلمم حس کردم...

با عشق تقدیم به همسر مهربانم...

او که با هم بودن در کنارش برایم معنای دارد...

وباشکر ویژه از اساتید کرامتقدم:

جناب آقای دکتر عبدالرضا نجفی انارکی

جناب آقای دکتر حمید رضا علنیراده اطاقور

و باشکراز:

همکار بزرگوارم جناب آقای دکتر حسام الدین منشی و دوست
عزیزم سرکار خانم دکتر فاطمه حافظی

بررسی مقایسه ای دو داروی لیدوکائین و پتیدین داخل نخاعی در ایجاد احتباس ادراری پس از جراحی های آنورکتال انتخابی

نجفی انارکی عبدالرضا، علیزاده اطاقور حمیدرضا، انوری پور عبد الرسول، میرزایی کامران، پژمان میترا

مقدمه:

احتباس ادراری با شیوع حدود ۷۰٪ از عوارض محتمل پس از اعمال جراحی با بی حسی های موضعی می باشد که با نوع عمل جراحی، نوع بی حسی و نوع مواد آنالژزیک ارتباط بسیار نزدیکی دارد. با توجه به ارتباط میان احتباس ادراری با پاسخ های اتونوم و نقش بسزای آن در رضایتمندی بیماران پس از جراحی برآن شدیم تا با مقایسه دو داروی لیدوکائین و پتیدین داخل نخاعی در ایجاد احتباس ادراری پس از جراحی های آنورکتال انتخابی نقشی در کاهش رنج بیماران داشته باشیم.

مواد و روش ها:

در یک مطالعه کارآزمایی بالینی یکسو کور تصادفی ۶۰ بیمار کاندید اعمال غیر اورژانس جراحی آنورکتال مراجعه کننده به بیمارستان فاطمه زهرا (س) شهر بوشهر در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. پس از توضیح روند اجرای طرح و اخذ رضایت نامه کتبی، بیماران به دو گروه ۳۰ نفره شامل گروه دریافت کننده ۵۰ میکروگرم پتیدین داخل نخاعی و گروه دریافت کننده ۵۰ میکروگرم لیدوکائین داخل نخاعی تقسیم شدند. کلیه بیماران پس از اتمام عمل جراحی و تا زمان ترخیص تحت پیگیری قرار گرفته و وضعیت احتباس ادراری در آنان بررسی شد. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و با کمک تست های توصیفی، NPar و Mann-whitney U مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

در این مطالعه ۶۰ بیمار (۳۴ مرد و ۱۶ زن) با میانگین سنی ۴۲/۹۷ و انحراف معیار ۶/۴۵ به صورت تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. میزان احتباس ادراری در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری نداشت. در حالی که اولین بار خروج گاز و شروع حرکات روده به ترتیب در گروه لیدوکائین ($P \text{ value}=0.029$) و پتیدین ($P<0.0001$) به صورت معناداری سریع تر رخ داد. لرز بعد از عمل، رضایت بیماران و تاخیر در ترخیص بیماران در دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه گیری:

لیدوکائین و پتیدین در ایجاد عوارض بعد از عمل از جمله احتباس ادراری در جراحی های آنورکتال تفاوت چندانی با هم ندارند.

واژگان کلیدی:

احتباس ادراری، لیدوکائین، پتیدین، جراحی آنورکتال

فصل اول:

مقدمه

احتباس ادراری:

احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی به صورت عدم توانایی ادرار کردن در حضور مثانه پر تعریف می شود. احتباس ادراری پس از آنستزی و اعمال جراحی بسیار رایج است و شیوعی بین ۵ تا ۷۰ درصد از آن گزارش شده است. (۱) گزارشات بسیار متفاوت در خصوص میزان شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی به دلیل اتیولوژی های متفاوت این مقوله و عدم وجود کرایتریای یکسان و مشخص جهت ارزیابی آن است. دقیق ترین روش جهت ارزیابی حجم ادرار در مثانه، اولتراسونوگرافی می باشد که می تواند راهنمایی مناسب جهت ارزیابی احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی باشد. (۱)

کوموریدیتی ها، نوع عمل های جراحی و نوع آنستزی می تواند احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را تحت تاثیر قرار دهند. ارزیابی های نامناسب برای احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی می تواند مسئول یکسری عوارض از جمله اتساع بیش از اندازه مثانه، عفونت های مجاری ادراری، عوارض مربوط به کاتتریزاسیون و ... باشد. (۱) در واقع هدف نهایی تمامی اپروچ های مبتنی بر شواهد، پیشگیری و ارزیابی مناسب احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی حوالی عمل جراحی می باشد. (۱)

کاتترگذاری یک پروسیجر رایج در طول جراحی های مازور می اشد که می تواند جهت ارزیابی حجم برون ده ادراری و راهنمایی جهت جبران حجم مایعات به کار برده شود و به عنوان یک مارکر مناسب برای ارزیابی پایدار بودن همودینامیک بیمار به کار می رود. (۱)

با توجه به افزایش بیماران سرپایی و جراحی های کوتاه مدت، کاتترگذاری به صورت محدودتری انجام می پذیرد و در صورت انجام مدت زمان کمتری لزوم پیدا می کند.

مکانیسم میکچوراسیون

حجم مثانه در بالغین حدود ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی لیتر بیان شده است. (۱) عصب دهی مثانه با اعصاب سوماتیک وایران، سمپاتیک و پاراسمپاتیک است. سمپاتیک باعث شل شدن عضله دترسور و انقباض اسفنکتر داخلی می شود در حالی که پاراسمپاتیک باعث انقباض عضله دترسور و شل شدن عضلات گردن مثانه می شود. (۱)

تشخیص احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی

– شرح حال و معاینه: درد و ناخوشی در قسمت تحتانی شکم به عنوان یکی از نشانه های

معمول احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی محسوب می شود. (۲)

با لمس و دق در ناحیه سوپراپوبیک نیز می توان احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را

موردارزیابی قرار داد. ماتیتة در دق مثانه اگر تا حدود ناف باشد نشان دهنده حدوداً ۵۰۰

میلی لیتر ادرار است در حالی که اگر این ماتیتة به بالای ناف گسترش یابد مقادیر بسیار

متغیر تا حدود ۱۰۰۰ میلی لیتر را نیز می تواند در بر گیرد. (۳)

هر چند لمس عمقی مثانه به دلیل احساس بسیار ناخوشایند حاصله در بیماران و همچنین

برانگیخته شدن رفلکس واگ که منجر به درد و از دست رفتن هوشیاری می گردد، توصیه

نمی شود. از طرفی ارزیابی بالینی در خصوص حجم مثانه نسبت به اولتراسونوگرافی دقت کمتری دارد و غالباً منجر به پیشگویی در خصوص حجم بالاتری از ادرار در مثانه می گردد. (۳)

دکتر Pavlin و همکاران در مطالعه ای بر روی بیماران کاندید اعمال سرپایی نشان دادند که ۶۱٪ از آنان در بخش ریکاوری هیچ شکایتی از تجمع زیاد ادرار در مثانه نداشتند در حالی که میزان ادرار موجود در مثانه آنان بیش از ۶۰۰ میلی لیتر ارزیابی شد. (۴) Stallard و همکاران نیز نتایج مشابهی را گزارش نمودند. (۵) Lamonerie و همکاران نیز طی بررسی یافتند که حدود یک چهارم بیماران با وجود عدم داشتن هرگونه شکایتی در خصوص تجمع زیاد ادرار در مثانه، با بررسی سونوگرافی مثانه متسع داشتند و توانایی ادرار کردن در زمان خروج از اتاق ریکاوری در آنان وجود نداشت. (۶)

– **کاتتریزاسیون مثانه:** کاتتریزاسیون مثانه به عنوان یک ابزار تشخیصی و درمانی در احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی مورد استفاده قرار می گیرد. عدم توانایی ادرار حوالی عمل جراحی ممکن است یک پدیده مولتی فاکتوریال باشد که عواملی از جمله دریافت ناکافی مایع در آن دخیل باشند. درمان علل زمینه ای پیش از مارک تشخیص احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی و اقدام جهت اعمالی چون کاتتریزاسیون از اهمیت ویژه ای برخوردار است. باید در نظر داشت که کاتتریزاسیون یک اقدام تهاجمی است و خطرات بالقوه ای از جمله عفونت مجاری ادراری، تروما به میزراه، پروستاتیت و ناخوشی بیمار را به همراه دارد. (۷)

- ارزیابی با کمک اولتراسونوگرافی: با وجود این که اولتراسونوگرافی به عنوان یک روش تصویربرداری برای ارزیابی عملکرد مثانه استفاده می شود، به طور شایع در دهه گذشته به عنوان یک ابزار تشخیصی برای احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در زمان حوالی عمل مورد استفاده قرار گرفته است. (۸-۱۴)

ریسک فاکتور احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی

- سن و جنس: در بیماران بالای ۵۰ سال ریسک احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی حدود ۲/۴ برابر می شود. (۱۵-۱۹) احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در مردان (۴/۷٪) در مقایسه با زنان (۲/۹٪) بیشتر بود. (۷ و ۲۰) دلایل احتمالی برای تأثیرات سن و جنس شامل دژنراسیون پیشرونده نوروئی که منجر به اختلال عملکرد مثانه می شود (۱۵) و پاتولوژی های وابسته به جنس مانند هایپرتروفی خوش خیم پروستات است. (۱۵ و ۱۸-۱۷)
- نوع عمل جراحی: شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی بسته به نوع عمل جراحی متفاوت است. هرچند که شیوع کلی احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در بیماران تحت عمل جراحی حدود ۳/۸٪ است (۲۰) ولی برای مثال شیوع آن در آرتروپلاستی مفصل بین ۱۰/۷٪ تا ۸۴٪ گزارش شده است. (۲۱-۲۴) شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در اعمال جراحی آنورکتال بین ۱ تا ۵۲٪ گزارش شده است. (۲۵-۲۸) آسیب به اعصاب لگنی و رفلکس های براگیزنده درد با افزایش تون اسفنکتر داخلی مثانه علتی برای شیوع بیشتر احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در عمل های جراحی آنورکتال هستند. (۲۹-۳۴) پس از اعمال جراحی ترمیم هرنی شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی بین ۵/۹٪ تا ۵۸٪

گزارش شده است. (۱۹ و ۳۵) گزارشات در خصوص میزان احتباس ادراری در اعمال جراحی زنان بسیار متناقض است. همچنین جراحی قبلی لگنی به دلیل احتمال آسیب مستقیم به اعصاب قسمت های تحتانی دستگاه ادراری ممکن است باعث افزایش خطر احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی شود. (۷)

– **کوموریدیتی ها:** بیماری های نورولوژیک همزمان مانند سکته مغزی، فلج اطفال، سربرال پالسی، مالتیپل اسکلروسیس، ضایعات نخاعی، نوروپاتی دیابتی و نوروپاتی الکلی عوامل مستعد کننده ای برای احتباس ادراری هستند. (۲۸)

– **داروها:** داروهایی مثل آنتی کولینرژیک ها، بتا بلاکرها، سمپاتومیمتیک ها در مطالعات مختلف با افزایش ریسک احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی همراه بوده است. (۴۲-۳۶)

– **مایعات وریدی:** میزان مایعات وریدی بیماران می تواند پیشرفت احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را تحت تاثیر قرار دهد. بیماران تحت عمل جراحی ترمیم هرنی و جراحی های آنورکتال، اگر بیش از ۷۵۰ میلی لیتر مایع وریدی در دوره حوالی عمل دریافت کنند، ریسک احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را $\frac{2}{3}$ برابر افزایش می دهند. (۴۴-۴۲)

انفوزیون بیش از اندازه مایعات داخل وریدی در بیماران می تواند منجر به اتساع بیش از اندازه مثانه گردد. خصوصا در بیمارانی که تحت عمل جراحی با آنستزی اسپینال که درکی از پرشدن مثانه شان نخواهند داشت. (۴۵)